Über zwei Fälle
von
hysterisch-traumatischem Tremor.

Inaugural-Dissertation
verfasst und der
hohen medizinischen Fakultät
der
Königl. bayer. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen
zur
Erlangung der Doktorwürde
vorgelegt von

Julius Weil
aus St. Johann a. S.

Erlangen.
K. b. Hofbuchdruckerei von Aug. Vollrath.
1895.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen
Fakultät Erlangen.
Referent: Prof. Dr. von Strümpell.

Seinen teuren Eltern

in

Liebe und Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543501_0145

Die Hysterie folgt Regeln und Gesetzen wie jede andere Krankheit, doch bietet sie oft so verschiedenartige Symptomenkomplexe, dass sich nur bei genauester Beobachtung der hysterische Charakter der Krankheitsfälle erkennen lässt.

Wie bei andern funktionellen Neurosen steht der sichern Diagnose und Therapie das Fehlen aller anatomischen Veränderungen im Wege, und dies ist bei Hysterie um so mehr der Fall, als eine Anzahl von Störungen den Arzt in der Erkennung und Behandlung des Leidens auf Abwege führen können.

In allen irgendwie auf Hysterie verdächtigen Fällen kann die Diagnose nur durch den Nachweis der hysterischen Stigmata bestimmt werden, als da sind: Gesichtsfeldeinschränkung, Doppelsehen, charakteristische Sensibilitätsstörungen, motorische Störungen und Anfälle.

Viele Fälle hysterischer Erkrankungen werden bekanntlich auf Unfälle zurückgeführt, die den Patienten keine offenkundige Verwundung eintrugen, sie aber trotzdem durch nervöse Leiden, welche sogar noch lange Zeit nach dem Unfalle auftreten können, zu totaler Arbeitsunfähigkeit führen können. Zu dieser traumatischen Hysterie gehören die beiden Fälle, welche ich in dieser Schrift zu besprechen gedenke.

Beide stimmen darin überein, dass es sich um Männer handelt, die von Hause aus kräftig gebaut und an anstrengende Thätigkeit gewöhnt waren, beide haben Unfälle erlitten, bei denen sie relativ unbedeutende und leicht heilende Traumata davontrugen. Einige Zeit nach der Verwundung stellte sich bei beiden in je einem Arm ein Tremor ein, begleitet mit Anästhesie der betreffenden Extremität, die beide Männer arbeitsunfähig machten.

Da Fälle von Tremor bei Hysterie, wie ich es wenigstens nach Durchsehen von „Schmidts Jahrbüchern“ annehmen muss, wenig beschrieben sind, so scheint es mir nicht unpassend, hier eine kleine Betrachtung über das Zittern bei Hysterie einzufügen.

Um den hysterischen Charakter des Zitterns vollständig zu präcisieren, sind natürlich vorher alle Erkrankungen auszuschliessen, zu deren Symptomen der Tremor gehört und die sich aus andern Anzeichen erkennen lassen. Es sind dies die multiple Sklerose, Paralysis agitans, Morbus Basedowii, Intoxikationen durch Alkohol, Thee, Tabak, Quecksilber und Blei, Tremor senilis und Tremor posthemiplegicus.

Schwieriger zu scheiden von Hysterie ist das Zittern bei Tic convulsif, weil beide sich öfter kombiniert finden; in diesem Falle kann man die Diagnose „Hysterie“ nur dann festhalten, wenn das Zittern durch den Willen zum Aufhören gebracht werden kann und im Schlafe vollständig fehlt, wie G. Guinon nach drei Krankengeschichten nachgewiesen hat. Ebenso verhält es sich bei dem hereditären Tremor. Über die Ätiologie des hysterischen Tremor lässt sich natürlich ebensowenig sagen wie über die übrigen Symptome dieser Krankheit; über die Art des Zitterns teilt Charcot mit, dass alle Formen des Tremor von der Hysterie nachgeahmt werden; er schlägt dafür folgende Einteilung vor:

Hysterisches Zittern.

a) Zittern, das durch willkürliche Bewegungen nicht gesteigert wird.

1) Oscillierendes Zittern mit langsamen Oscillationen. — Nachahmung des Zitterns bei Paralysis agitans und des Tremor senilis.

2) Vibrierendes Zittern mit raschen Oscillationen. — Nachahmung des Zitterns bei Morbus Basedowii, Alkoholismus und progressiver Paralyse.

3) Intentionszittern, dessen Geschwindigkeit zwischen 1 und 2 zu stehen pflegt. — Nachahmung des Zitterns bei multipler Sklerose und Quecksilbervergiftung.

b) Zittern, das in der Ruhe besteht oder nicht besteht, durch willkürliche Bewegungen gesteigert oder hervorgerufen wird, dessen Oscillationen durch willkürliche Bewegungen nicht geschwinder, aber grösser werden.

Aus diesem Schema ist ersichtlich, dass in vielen Fällen, welche man früher als cerebrospinales, toxisches, reflektorisches, u. s. w. Zittern ansprach, man heute wohl mit Recht die Diagnose „Hysterie“ stellen kann.

Bei unsern beiden Fällen handelt es sich um ein Zittern, das bei aktiver Bewegung bedeutend stärker wird, das also in dem Schema Charcots in der Rubrik *ó* bezeichnet ist. Darauf wollen wir bei der Besprechung der beiden Fälle, die ich jetzt beginnen möchte, näher eingehen.

Fall I.

Bauer, Thomas, 30 Jahre alt, Bahnarbeiter aus Vilseck.

Anamnese:

Patient giebt an, vor seiner jetzigen Erkrankung immer gesund gewesen zu sein. Er war früher Gärtner und konnte alle einschlägigen Arbeiten leicht verrichten. Aus nicht angegebenen Gründen suchte er im Jahre 1891 bei der Bahn Beschäftigung und hatte dort bereits ein halbes Jahr gearbeitet, als er sich am 3. Dezember 1891 mit einem scharfen Beile das erste Glied des Daumens der linken Hand abhackte; sofort nach der Verletzung wurde Patient in ärztliche Behandlung genommen. Nach seiner Aussage wurde die Heilung der Wunde durch einige kleine Splitter in derselben verzögert, da diese eine Eiterung der Wunde veranlasst hätten. Erst nach einem Vierteljahre sei vollkommene Heilung eingetreten. Schon von Anfang an klagte Patient über drückende und stechende Schmerzen am linken Arm, die vom Daumen ausgehend nach oben bis in die Schulter und in die linke Seite zogen und die manchmal so heftig wurden, dass Patient nicht mehr schlafen konnte.

Fieber war nur im Anfang vorhanden.

Nach einem Vierteljahre begann er wieder zu arbeiten, doch schon am vierten Tage will er sich bei

einer schweren Arbeit (Heben einer mit Wasser gefüllten Tonne) überanstrengt haben. Er verspürte dabei einen „Riss“ in der linken Seite, und sein Zustand scheint sich auf diese Überanstrengung hin verschlimmert zu haben; denn er hat seit dieser Zeit einige Male versucht zu arbeiten, wurde aber stets wieder durch heftigen Schmerz in dem linken Arme und derselben Seite der Brust darin gestört.

Zu wiederholten Malen bemerkte Patient das Auftreten von Zittern im Daumen der linken Hand; dieses Zittern hat sich seit sechs Wochen sehr gesteigert und den ganzen linken Arm ergriffen, der in seiner ganzen Ausdehnung in zitternde Bewegung geriet. Nach der Angabe des Patienten hört das Zittern im Schlafe auf, dauert jedoch von früh bis in die Nacht, allerdings mit einigen Intermissionen.

Sonst klagt Patient noch über drückende Schmerzen in der Stirngegend und zuweilen über Schmerzen im Knie und Unterschenkel.

Über Verdauungsbeschwerden hat Patient nicht zu klagen.

In der Familie sind nach Angabe des Patienten noch keinerlei nervöse Erkrankungen zu verzeichnen. Patient ist verheiratet, hat ein Jahr altes gesundes Kind. Er erhält von der Unfallversicherung monatlich 30 Mk. 75 Pfg., währenddem sein früherer täglicher Verdienst 1 Mk. 80 Pfg. betrug.

Status praesens: 1. Dezember 1893.

Patient ist ein leidlich genährter Mann von mittelkräftigem Knochenbau und Muskulatur. Am Schädel zeigen sich keine Abnormitäten, Sehvermögen, Gehör, Geschmack und Geruch sind normal. Die Sensibilität des Gesichtes ist insofern etwas herabgesetzt, als Patient gegen Nadelstiche im Gesicht nicht sehr empfindlich ist. Die Zunge zeigt fortwährende muskuläre Unruhe, sonst

ist an derselben kein abnormer Befund zu konstatieren. Während der Beobachtung fällt ein schmerzlicher Gesichtsausdruck bei dem Patienten auf; er greift mit der rechten Hand nach der linken Seite, wobei er deutlich stöhnt. Auskultation und Perkussion ergeben nichts Besonderes; auch in der linken Seite ist keine Dämpfung zu konstatieren. Das Atmen ist normal vesiculär.

Wenn Patient sich in sitzender Stellung befindet, fällt ein fortwährendes Zittern auf, rhythmische Bewegungen mit gleichmässigen raschen Oscillationen im Handgelenk, Ellbogengelenk und Schultergelenk; in Bettlage verharrt Patient mit leidendem Gesichtsausdruck, die linke Hand liegt dabei vollkommen ruhig in gewöhnlicher Stellung, nur am Stumpf des linken Daumens treten häufig einzelne kleine Zuckungen, auch leichtes rhytmisches Zittern auf; in dem Daumenstumpfe spürt Patient nur hin und wieder Schmerzen, dagegen klagt er beständig über reissende durchziehende Schmerzen im linken Arm und in der linken Brustseite.

Die Beweglichkeit im rechten Arme ist vollständig normal.

Im linken Arme sind alle aktiven Bewegungen vollkommen ausführbar, sie sind jedoch alle stets von einem Tremor begleitet, der schon bei der geringsten Bewegung einsetzt. Beim Ausstrecken der Hand tritt das Zittern an sämtlichen Gelenken auf; die Finger machen tremorartige Bewegungen von unten nach oben, das Handgelenk von oben nach unten und leicht nach aussen; das Ellbogengelenk wird dabei leicht supiniert und gebeugt, das Schultergelenk ab- und adduciert. Wenn der Patient den linken Arm hoch hebt, tritt sofort ein ziemlich heftiges Schütteln und Zittern ein, so dass der Patient den Arm fast sofort wieder sinken lässt, was durch „Schmerzen und Spannung“ in der linken Seite veranlasst wird.

Das letzte Daumenglied der linken Hand fehlt vollständig, das erste Glied ist von vollkommen gut geheilter Haut überzogen; die freien Gelenkenden desselben lassen sich leicht durchfühlen. Residuen entzündlicher Erscheinungen sind weder in den Cubital-, noch Axillardrüsen zu konstatieren. Der Daumenstumpf ist gegen Beklopfen und Druck nicht empfindlich. Patient kann mit demselben einige Bewegungen machen und kann gröbere Gegenstände damit festhalten; feinere Gegenstände hält er unter fortwährendem Zittern lose in der Hand.

Der Händedruck wird mit der linken Hand sehr schwach ausgeführt und von lebhaftem Zittern und Stossen begleitet.

In der rechten Hand treten nur bei stärkerer Anstrengung leichte Zitterbewegungen auf, sonst ist das motorische Verhalten des rechten Armes vollkommen normal.

Nach der Angabe des Patienten ist die Sensibilität im linken Arme fast vollständig aufgehoben, selbst tiefe Nadelstiche werden nicht mehr empfunden; nur ein sehr stark ausgeführter Druck am linken Arme wird vom Patienten wahrgenommen. Druckdifferenzen giebt er überhaupt nicht an.

Das Temperaturgefühl ist so gesunken, dass er applicierte Kälte und Wärme gleichmässig als undeutliche Tastempfindungen angiebt.

Nur bei gröberen passiven Bewegungen giebt Patient ein Gefühl derselben richtig an; diese sind ebenfalls von sehr starken rythmischen Bewegungen begleitet. Der Untersucher, der den Vorderarm umfasst, muss mit seiner Hand den lebhaften Tremor mitmachen.

Die Sehnenreflexe am linken Arme sind nicht besonders gesteigert, ein direkter Tricepsreflex ist vorhanden. An der Brust ist die Sensibilität ungefähr in

der Ausdehnung des Pectoralis major resp. der Scapula der linken Seite vollkommen aufgehoben, sonst ist an der Brust und auf dem Rücken die Sensibilität vollständig normal. An der Muskulatur des Thorax ist ebenso wie an der des linken Armes anatomisch nichts Abnormes zu entdecken. Die Untersuchung der Beine ergiebt nichts Besonderes; zu bemerken ist nur die Angabe des Patienten, dass er zuweilen über „Durchreissen“ im linken Knie zu klagen habe.

Patellarreflex ziemlich lebhaft.

Sensibilität in den Beinen vollständig normal.

Patient giebt an, dass er nicht lange stehen kann; wenn er zu stehen gezwungen wird, lehnt er sich bald an und setzt sich, weil er durch das Stehen Schmerzen in der linken Seite bekommt. Über Mattigkeit klagt er dabei nicht.

Der Patient geht langsam, jedoch sicher. Auch bei geschlossenen Augen ist keine Unsicherheit bemerklich.

Bei der Frage nach seinem jetzigen Verdienst fängt Patient zu weinen an: „Jetzt bin ich drei Jahre verheiratet, zwei Jahre krank; das ist nicht leicht zu ertragen. Mir wäre es am liebsten, wenn ich wieder arbeiten könnte.“

Am 4. Dezember 1893, als am Tage der Entlassung, ist der Status im Wesentlichem derselbe wie bei der ersten Untersuchung, mit Ausnahme der Anästhesie der linken Rumpfhälfte, welche reichlich handbreit tiefer gerückt ist, also bis zum linken Epigastrium reicht.

Fall 2.

Knorr, Michael, 39 Jahre alt, aus Luhe b. Neustadt, Maurer.

Patient war früher immer gesund; er stammt aus einer gesunden Familie, in der bis jetzt keine Nervenleiden vorkamen. Seine Eltern starben hochbetagt an

Altersschwäche. Er ist verheiratet und hat 5 Kinder im Alter von $^3/_4$ bis 16 Jahren; seine Frau und die Kinder sind gesund. Patient hat früher als Maurer gearbeitet und jede einschlägige Arbeit gut verrichten können.

Am 29. August 1892 erlitt Patient beim Bau einer Kirche einen Unfall; ein Haken des Baugerüstes riss los; dadurch stürzte das Brett, auf dem Patient stand, aus einer Höhe von ungefähr 4 m zu Boden. Bei dem Falle geriet das Brett in die linke Achselhöhle des Patienten und stiess so von unten in dieselbe hinein, hierdurch will er eine Risswunde in der rechten Brustgegend erhalten haben. Bei dem Falle auf die rechte Seite blieb der rechte Arm unverletzt; Bewusstlosigkeit trat nach dem Unfalle nicht ein, auch heilte die Wunde vollkommen gut. Dagegen konnte Patient nicht mehr arbeiten, weil er den Arm seitdem nicht mehr heben konnte und sofort nach dem Unfalle Zittern im Arme verspürte. Er klagte hauptsächlich über Schmerzen in der rechten Schulter, die bis jetzt nicht vergangen seien. Die Schwäche in dem Arme und das Zittern haben stetig zugenommen, dagegen sind die Schmerzen in der Schulter etwas geringer geworden. Über ein „pelziges“ Gefühl im rechten Arme und in der Schulter hat er nie zu klagen gehabt.

Auch im rechten Beine bemerkte er seit 3 Monaten eine Schwäche, die auftrat, wenn er einige Minuten gegangen war. Das Bein wurde dabei „schwer“ und es stellte sich auch Zittern in demselben ein.

Über Kopfschmerzen, Gesichts- oder Gehörsstörungen giebt er nichts an.

Sein Appetit ist gut, Schlaf ebenso, Stuhlgang und Wasserlassen regelmässig und gut.

Patient wog vor $1^1/_2$ Jahren 142 Pfd., jetzt 127 Pfd.

Da Patient durch sein Leiden vom Tage des Unfalles an vollständig arbeitsunfähig ist, erhält er von der Unfallversicherung eine monatliche Entschädigung von Mk. 40,85, während sein früherer Tagesverdienst Mk. 3,20 betrug.

Status am 2. Dezember 1893:

Patient ist ein ziemlich kleiner, mittelkräftig gebauter Mann von ziemlich gutem Ernährungszustand.

Der Gesichtsausdruck ist phlegmatisch, die Augenbewegungen ungestört, auch beim Augenschluss keine besondern Erscheinungen. Der Gesichtssinn ist ebenfalls normal. Ausser einer leichten Schlängelung der Temporalarterie ist im ganzen Gesichte nichts Besonderes zu erwähnen.

Die Zunge zeigt etwas Belag, ist feucht und wird ohne Zittern herausgestreckt. Auf der rechten Tonsille liegt eine grauweisse Membran. Der weiche Gaumen hebt sich normal. Ein ziemlich starker foetor ex ore fällt auf. Drüsenschwellungen nicht vorhanden.

Intelligenz normal, Sensorium klar.

Der Thorax ist etwas lang, Lungenbefund normal.

Die Herzdämpfung reicht nach links bis zur Mamillarlinie und ist nach rechts nicht verbreitert. Die Herztöne sind vollkommen rein.

Der Befund am Abdomen ist normal.

Der rechte Arm hängt beim Gehen, Stehen und Sitzen ganz bewegungslos und gestrekt herab und ruht gewöhnlich auf dem rechten Oberschenkel. Merkt Patient, dass er beobachtet wird, so tritt nach einiger Zeit ein rythmischer Tremor des rechten Armes ein, an dem allmählich alle Muskelgruppen teilnehmen. Es zeigen sich nicht sehr rasche Ab- und Adduktionsbewegungen im Schultergelenk, Pronation und Supination im Vorderarme, Beugung und Streckung im Handgelenke, aber kein eigentlicher Fingertremor. Fordert man den

Patienten auf, den rechten Arm zu heben, so geschieht das nur unvollkommen; Patient beugt dabei gleichzeitig seine Beine, verzieht das Gesicht und biegt den ganzen Rumpf nach hinten, wobei alle oben beschriebenen Tremorbewegungen sowohl an Stärke, als auch an Ausgiebigkeit des Ausschlages zunehmen. Patient fährt dann mit dem zitternden Arme wild umher und schlägt sich dadurch fortwährend auf Brust und Oberschenkel; er zeigt dabei eine so hochgradige Ataxie, dass er mit dem rechten Arme nicht imstande ist, die Nasenspitze anzufassen. Je höher der Arm zu diesem Zwecke gegen den Kopf gehoben wird, um so mehr nimmt der Tremor zu, und schliesslich hält Patient die rechte Hand mit der linken Hand fest, um ruhig fassen zu können. Der Arm kann überhaupt nicht in der Horizontalen gehalten werden, da er sofort rasch herabsinkt.

Alle aktiven Bewegungen werden mit stark herabgesetzter Kraft ausgeführt; auch die Kraft des Händedruckes ist gleich Null.

Bei den geringsten Bewegungsversuchen, die Patient aus der Ruhelage vornimmt, tritt wieder heftiges Schütteln und stossweises, rythmisches Zittern des ganzen Armes auf.

Wenn Patient lebhaft erregt ist, kann er die rechte Hand überhaupt nur sehr schwer und mühsam vom Körper wegbewegen. In der Höhe kann er dieselbe nicht lange halten; er lässt sie wieder an den Oberschenkel herabsinken, an den er sie anpresst, um die Zitterbewegungen zum Aufhören zu bringen.

Bei passiven Bewegungsversuchen treten ebenso lebhaftes Schlagen und rythmisches Zittern im ganzen Arme auf. Es sind keine eigentlichen Kontrakturen zu fühlen, doch sind alle Muskeln des Armes fest und gespannt. Bei diesen passiven Bewegungsversuchen zeigt das Gesicht des Patienten einen schmerzhaften, weinerlichen Ausdruck. Muskelwiderstand tritt erst bei vollkommener Erhebung des Oberarmes auf.

Durch Druck auf den plexus brachialis und auf den nervus medianus etc. ist der Tremor nicht zu beeinflussen, er wird immer stärker und anhaltender, je mehr man sich mit dem Patienten beschäftigt.

Nach längerer Anstrengung der rechten Hand beginnt auch das rechte Bein besonders am Oberschenkel beugende und streckende Bewegungen auszuführen, ungefähr 4 in der Sekunde. Auch der Kopf macht die oscillierenden Bewegungen mit, und schliesslich gerät der ganze Körper in fortwährende Unruhe, ausserdem tritt starke Rötung des Gesichtes auf.

Der linke Arm zeigt alle Bewegungen normal, und es ist an demselben kein Tremor vorhanden.

Der Gang des Patienten ist leicht hinkend.

Sensibilitätsstörungen sind am Kopfe nicht zu verzeichnen, dagegen ist die Anästhesie am rechten Arme eine vollkommene. Dieselbe mit leichten Nadelstichen zu prüfen, ist unmöglich, da die fortwährenden stürmischen Bewegungen des Armes es verhindern. Tiefe Nadelstiche werden überhaupt nicht empfunden. Wird die lebhaft zitternde Hand in die Nähe der Tischkante gehalten, so behauptet Patient, den Anschlag der Hand gegen den Tisch, ebenso den Anschlag derselben gegen eine vorgehaltene Nadelspitze gar nicht zu empfinden; er macht auch dabei nicht den Versuch, den Tremor in eine andere Richtung zu dirigieren.

Die Tastempfindung im rechten Arme ist ebenfalls vollständig erloschen.

Drückt man mit aller Kraft auf den rechten Vorderarm, so giebt Patient an, dass man ihn nur ein klein bisschen drücke; dabei treten ihm die Thränen in die Augen, weil er in der Achsel heftigen Schmerz empfindet. An der Oberarmmuskulatur ist der Drucksinn ganz gut.

Passive Bewegungen im rechten Arme werden erst nach Zureden widerwillig und etwas langsam und zögernd, aber doch jedesmal richtig angegeben.

Kalt und warm werden am rechten Arme überhaupt nicht empfunden.

Patellarreflexe sind nicht besonders lebhaft.

Sehnenreflexe am linken Arme deutlich vorhanden, rechts wegen der Tremorbewegungen nicht zu erkennen.

Während der ganzen Untersuchung gehen die Bewegungen unausgesetzt fort und werden zeitweilig so rasch, dass durch das Auge ihre Zahl sich nicht mehr bestimmen lässt. Die hauptsächlichsten Bewegungen werden im Ellbogen- und Schultergelenk, dann im Metakarpophalangealgelenk, am wenigsten im Handgelenk ausgeführt. Die Art der Bewegungen ist abwechselnd, so dass bald die eine, bald die andere überwiegt. Nachts hört der Tremor an dem rechten Arme vollständig auf. Puls ist wenig beschleunigt, von mittlerer Spannung und Grösse und regelmässig. Eine besondere Schlängelung der arteria radialis ist nicht zu bemerken.

Die Stimmung des Patienten ist sehr deprimiert. Beim Befragen nach seiner Arbeit und seinem Verdienste fängt er zu weinen an.

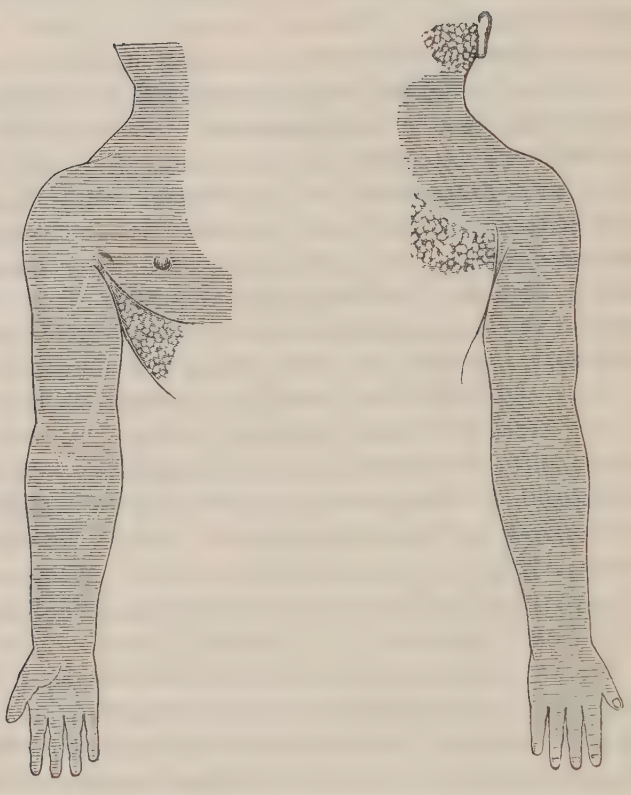
Am 4. Dezember 1893 wurde Patient wieder untersucht, und wurde im wesentlichen derselbe Befund konstatiert wie früher, mit Ausnahme der neu gefundenen Thatsache, dass sich im rechten Beine ein starker Tremor einstellt, wenn Patient sich auf dasselbe stellt.

Am 5. Dezember 1893 trat Patient aus dem Krankenhause aus, kam aber am 27. Mai 1894 wieder dahin und blieb daselbst bis zum 1. Juni desselben Jahres.

Anamnestisch gab Patient dieses Mal nichts Neues an.

Zum Status wurden folgende Nachträge aufgenommen:

Die Stimmung des Patienten ist sehr traurig und melancholisch, daher sein Gesichtsausdruck immer weinerlich, er bricht sehr leicht in Thränen aus, besonders bei der Schilderung seiner gegenwärtigen Lage.



Die höheren Sinne sind vollständig normal, ebenso die Beweglichkeit der Augenlider und bulbi. Die Pupillen sind gleichweit und reagieren auf beiden Seiten gleichmässig gut auf Lichteinfall und Accomodation. Das Gebiet des Facialis und des Trigeminus ist intakt.

Die rechte Hand ist etwas stärker bläulich als die linke. Der Handrücken fühlt sich rechts deutlich kühler an als links. Die Anästhesie und Analgesie des rechten Armes und der anstossenden Teile hat sich etwas verbreitert und befindet sich in dem Stadium der in oben-

stehender Zeichnung angedeuteten Ausdehnung, wobei die schraffierten Stellen die mit Analgesie und Anästhesie behafteten, die punktierten Stellen die nur mit Anästhesie behafteten Teile darstellen.

Der Tremor ist noch ebenso stark und ebenso leicht hervorzurufen wie früher. Beim Versuche, einen Stuhl zu heben, ruft das Zittern ein lautes Trommeln des Stuhles auf dem Boden hervor.

Patient behauptet, dass er auch den heftigsten Tremor im rechten Arme, wobei die ganze rechte Seite und vor allen Dingen der Kopf alle Schüttelbewegungen mitmachen, ja diese sich sogar auf die linke Schulter fortleiten, nur dadurch empfinde, dass er das Anschlagen der Hand gegen den Oberschenkel in dem letzteren spüre und in der rechten Schulter eine geringe Spannung fühle.

Der grösste Umfang des linken Oberarmes beträgt $26^3/_4$ cm, währenddem sich bei derselben Messung rechts knapp 26 cm ergeben.

Patient verlässt das Krankenhaus am 1. Juni 1894. Er war nur zur Begutachtung von Seiten der Unfallversicherung dorthin geschickt worden.

Wie aus beiden Krankengeschichten, glaube ich, zur Genüge hervorgeht, handelt es sich um zwei Fälle, die abgesehen von der Seite der befallenen Extremität sich vollständig gleichartig verhalten. Auch anamnestisch drängen beide zu der Diagnose „traumatische Hysterie."

Die Krankheiten, zu deren Annahme der Tremor hindeuten könnte und die ich im Beginne dieser Arbeit angeführt habe, dürften differentialdiagnostisch wenig in Betracht kommen. Der Tremor senilis ist durch das Lebensalter der beschriebenen Patienten auszuschliessen. Intoxikationen durch Blei oder Quecksilber scheinen mir bei dem Berufe der beiden — Gärtner und Maurer — nicht annehmbar. Von Potatorium ist bei beiden eben-

falls keine Rede. Die einseitige Lokalisation des Tremors und das Aufhören desselben in der Ruhe, sowie die vorhandene Anästhesie schliessen Paralysis agitans aus. Für Morbus Basedowii fehlen alle Symptome, ebenso für multiple Sklerose. Der posthemiplegische Tremor hat in der Anamnese keinen Anhalt. Hiermit erscheint also die Annahme als berechtigt, dass eine anatomische Abnormität, welche wenigstens nachweisbar wäre, oder eine Intoxikation für die Ätiologie der beiden beschriebenen Fälle nicht zu verwerten sind. Dass es sich trotzdem um eine Neurose der schwersten Art handelt, ist aus beiden Status klar zu ersehen.

Um unsere Diagnose auf Tremor bei traumatischer Hysterie zu befestigen, können wir uns wohl mit Recht und allein des psychischen Befundes bedienen. In beiden Fällen haben wir Männer vor uns, die, wie ich am Anfange erwähnte, einen Beruf ausüben, der körperlich grosse Anforderungen an sie stellt, und die mindestens nicht durch eine verzärtelnde Erziehung überempfindlich geworden sind. Wie kommt es nun, dass diese beiden Männer uns mit weinerlichem Gesichte entgegentreten und im allgemeinen eine so grosse Erregbarkeit zeigen? Wir müssen unbedingt bei beiden eine hysterische Disposition annehmen.

Das erlittene Trauma und die darauffolgenden, im Anfange wenigstens geringgradigen Beschwerden lenken, die hysterische Disposition angenommen, die konzentrierteste Aufmerksamkeit des Patienten auf den befallenen Teil, in unsern Fällen auf die betroffenen Arme. Es kommt schliesslich, da durch die Arbeitsunfähigkeit Kummer um die häuslichen Verhältnisse auftreten muss, zu psychischen Alterationen.

v. Strümpell sagt in seiner Abhandlung über Hysterie: „Derjenige Körperteil, auf welchen bei der psychischen Erregung die Aufmerksamkeit vorzugsweise

hingelenkt wird, ist später nicht selten der Sitz auch der nervösen Affektion."

Man kann sich leicht denken, dass ein Mann, der nur mit seiner Hände Arbeit sein Leben fristen resp. seine Familie ernähren kann, wenn eine Erkrankung seines Armes ihn daran hindert, jeden Morgen mit grösserer Besorgnis diesen Arm betrachten wird. Nun muss, wenn wir die hysterische Disposition als vorhanden annehmen, nach dem von Strümpellschen Satze der Tremor, den wir bei beiden Patienten beschrieben haben und vor allen Dingen seine grosse Steigerung und Dauerhaftigkeit wenigstens teilweise den psychischen Affekten unserer Patienten zuzuschreiben sein. Nehmen wir also an, dass primär das Trauma plus hysterische Disposition vorhanden war, so dürfen wir, wenn der Patient durch das Trauma einige Zeit lang arbeitsunfähig ist, und in Folge der hysterischen Disposition psychische Alterationen eintreten, die nervösen Störungen, die sich uns darbieten, als hysterische betrachten.

Wäre aber das psychische Verhalten der Patienten nicht so entscheidend für Hysterie, so würde unsere Diagnose durch die geschilderte Anästhesie und Analgesie der betroffenen Extremität und der anstossenden Körperteile und vor allem andern durch das Aufhören der Störungen im Schlafe gesichert sein.

Die Diagnose wäre schwieriger zu stellen, wenn wir noch in der Zeit lebten, wo man sich Hysterie nur bei Frauen denken konnte, und ein Vorurteil gegen diese Krankheit, wie Charcot sagt, viel dazu beitrug, die Verbreitung richtiger Vorstellungen über die Hysterie beim Manne aufzuhalten.

In seinen Vorlesungen über Hysterie sagt Charcot folgendes: „Man gesteht zu, dass ein verweichlichter junger Mann nach Excessen, schweren Sorgen und Ge-

mütsbewegungen einige hysterische Symptome darbieten kann; aber dass ein kräftiger, gesunder, durch keine Überverfeinerung entnervter Arbeiter, etwa ein Lokomotivheizer, der vorher wenigstens dem Anscheine nach gar nicht nervös war, nach einem Eisenbahnunfall, Zusammenstoss oder Entgleisung hysterisch werden könne, und zwar ebenso hysterisch wie eine Frau, das scheint keinem in die Vorstellung eingehen zu wollen. Und doch ist nichts sicherer bewiesen als dieses, und man wird gut thun, sich an diesen Gedanken zu gewöhnen."

Wir haben uns an diesen Gedanken gewöhnt. Alle grossen Neurologen unserer Zeit sind bestrebt, das Rätsel der Hysterie zu lösen und sind soweit gekommen, diese Krankheit wenigstens sicher als solche zu erkennen. Es bleibt allerdings der Zukunft überlassen, auch in die Ätiologie vollständige Klarheit zu bringen; vorläufig müssen wir uns mit der hysterischen „Disposition" begnügen.

Was die Prognose in Beziehung auf den Tremor in unsern beiden Fällen betrifft, so ist dieselbe vollständig von der Therapie abhängig. Obwohl es zwar viele Fälle schon gegeben hat, die durch ihre Hartnäckigkeit jeder Therapie wenigstens lange Zeit trotzten, so sind es doch die Mehrzahl der Fälle, die nach geeigneter Behandlung nach relativ kurzer Zeit wesentlich gebessert oder sogar vollständig geheilt wurden.

Das Hauptmoment bei der Behandlung der Hysterie ist die Einwirkung auf die Psyche. Der Patient muss der Situation entrissen werden, in der er stündlich an sein Elend erinnert wird; er muss von allen Personen entfernt werden, die mit seinem Leiden vollständig vertraut ihm stetige Besorgnis über seinen Zustand kundgeben. Es ist also damit beabsichtigt die vollständige Isolierung des Kranken. In Verbindung damit muss

fortwährend suggestiv mit allen zu Gebote stehenden Mitteln auf den Patienten eingewirkt werden. Es ist eine gewisse psychische Hygiene, die einzig und allein bei der Hysterie zu dem gewünschten Erfolge führt, wenn überhaupt bei den schweren Fällen von traumatischer Hysterie bei Männern eine Restitutio ad integrum erwartet werden darf, was nach den bis jetzt gesammelten Erfahrungen noch nicht mit Sicherheit feststeht.

Wird aber eine Besserung oder gar Heilung durch die psychische Behandlung erzielt, so dürfte dieselbe der Hypothese Recht geben, die man für die Entstehung der Hysterie aufgestellt hat.

Es ist dies die Annahme einer hysterischen „Disposition“ unter der man sich nur eine psychische Disposition vorstellen kann. Das Trauma, mag es sich in irgendwelcher Richtung äussern, löst die Einwirkung der Psyche auf sich selbst aus. Durch den Umstand, dass man schon sehr viele Erfolge der Suggestion auf die Symptome der Hysterie beobachtet hat, ist wohl mit Sicherheit festzustellen, dass diese Symptome ihre Ursache der psychischen Thätigkeit verdanken. Da aber diese psychische Thätigkeit eine „praedisponierte“, d. h. ungewollte ist, so können wir dreist behaupten, dass wir es hierbei mit einer unbewussten Autosuggestion zu thun haben, und diese bekämpfen wir am besten mit einer gewollten bewussten Suggestion. Charcot empfiehlt auch die Hypnose zum Zwecke wirksamerer Suggestion; am meisten plaidiert er aber für die vollständige Isolierung von allen den Personen und Verhältnissen, die an die Entstehung und den Verlauf der Krankheit fortwährend erinnern müssen.

Geeignete elektrische Behandlung, Heilgymnastik und Darreichung der Nervina dürften bei Beibehaltung obiger Behandlung nicht ohne Einfluss sein, da sie mindestens die Wirkung der Suggestion erhöhen können.

Nun fragt es sich, ob die Vorschläge der Therapie, die ich eben kurz anführte, für unsere beiden Fälle verwertbar sind; denn wir haben es mit Kranken zu thun, denen die Wohlthaten einer Nervenheilanstalt und einer geeigneten Behandlung durch ihre prekäre finanzielle Lage verschlossen sind. So human auch die Einrichtung einer Unfallversicherung ist, so glaube ich doch wohl behaupten zu dürfen, dass es in Fällen von traumatischer Hysterie, wie die oben beschriebenen, zweckmässiger für die Kranken und die Versicherung wäre, wenn solche Patienten auf die Zeit wenigstens, in der man unter günstiger Konstitution des Kranken eine Restitutio ad integrum nicht ausschliessen kann, sich ohne Sorgen um ihre Familie in eine entsprechende Heilanstalt begeben könnten.

Es wäre eine Überhebung, wenn ich erwarten wollte, dass infolge meines hier nur angedeuteten Vorschlages eine wirksamere Anregung in dieser Frage geschähe, und so schliese ich denn meine Abhandlung mit einem frommen Wunsche.

Am Schlusse meiner Arbeit danke ich Herrn Professor Dr. von Strümpell, meinem hochverehrten Lehrer, für die Anregung zu dieser Arbeit und für die freundliche Überlassung des dazu erforderlichen Materiales.